

# 医療化する家庭・家庭化する医療

—— 在宅医療のエスノメソドロジー ——

齋 藤 雅 彦 (徳島大学総合科学部)<sup>i</sup>  
檜 田 美 雄 (徳島大学ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部)<sup>ii</sup>

## 目 次

### 1 節 本稿の課題

### 2 節 予備的考察

#### 2-1. 研究視点 —— エスノメソドロジーとビデオ・エスノグラフィー

#### 2-2. 在宅医療をどう考えるか

—— 医療と介護のグレーゾーン問題と関連させて

#### 2-3. 研究テーマ —— 医療化する家庭と家庭化する医療

### 3 節 調査概要

#### 3-1. 曾祖母（療養者）の特徴

#### 3-2. A 宅の在宅医療のあり方

#### 3-3. A 宅特有の取り組み —— 家庭化する医療

#### 3-4. 全体構想 —— 医療化する家庭研究から家庭化する医療研究へ

#### 3-5. まとめ

### 4 節 分 析

#### 4-1. 分析方法

#### 4-2. 分析視点① —— 在宅医療でのリスクマネジメント場面

#### 4-3. 分析視点② —— 理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

#### 4-4. 場面紹介分析

—— 誰が何をしたのか・誰が何をすべきかトラブル

i) 応じることと志向すること

ii) トラブルに伴うリスクを呈示する祖母

iii) 父の問題追及テクニック

iv) 祖母の問題回避テクニック

#### 4-5. まとめ——在宅医療のアフォーダンス

#### 5節 考察とまとめ

#### 6節 残された課題

#### 参考文献

#### 資料——トランスクリプト

### 1節 本稿の課題

在宅医療は、「在宅療養者の家族」を家庭内で医療を施す「在宅医療者」たらしめる。このことは、在宅医療をどう設計するのかという問題や、じっさいに在宅医療をどのように進めたらよいのか、という問題とはべつに、社会学的関心の対象となる事態である。

たしかに、これまでに、同様の問題関心に基づいたものとして、天田や井口らの研究はある。天田<sup>iii</sup>は、氏の多くの認知症患者研究のなかで、在宅介護<sup>iv</sup>の問題にも触れ、「どのようにして家族介護者が『痴呆性老人』を介護することへと不可避に巻き込まれ、いわば“拒否権”さえ剥奪された状況の中で苦悩・葛藤し、自らが『介護すること』＝『呆けを看とること』を意味付け・解釈してゆくのか」(天田, 2003: 238)を明らかにしようとしている。とはいえ、氏の問題関心には「ケア・ストーリー」という視点が中軸的に存在している。氏が採用している問題関心ならば、すなわち、「『痴呆性老人』と家族介護者の相互作用過程を、家族介護者のケア・ストーリーの視点から明らかにし、家族介護者が、身近な他者が『痴呆になること』と自分自身が『介護すること』に対してどのように定義し、意味付与していくのか」(天田, 2003: 258)という問題関心ならば、氏のとったようなインタビュー等の方法で解明可能だろう。我々のようなビデオカメラとそのデータによるデータセッションとの組み合わせというような面倒な研究枠組はいらないだろう。

しかし、「在宅医療者」の振る舞いのうち、「ケア・ストーリー」のように「物語化」されているものに頼らない、「見られているが気づかれていない（seen but unnoticed）」水準のふるまい、に着目した研究には、天田が採用したのとは別の方法論が必要になる。すなわち、「在宅医療者」の「エスノメソドロジー」をするためには、別の方法が必要だし、それはいまだ十分に なされていないのである。ここの本稿の課題がある。そして、もしかしたら、そこにこそ、人々の「経験のリアリティ」があるのかもしれないのだ。

在宅医療の社会学的先行研究の例として井口のものを挙げることもできるだろう。たしかに「在宅医療者」の「経験のリアリティ」についての井口の研究にはみるべきものがある。とはいえ、井口は自らが探求する「経験のリアリティ」に関して「家族介護者の困難として表明されている、家族介護を生きる経験のリアリティに迫る」（井口、2007b：145）と記述し、主として「経験のリアリティ」の「困難」面からの探求を実施している。しかし、「経験のリアリティ」は「家族介護者の困難」のなかにだけ、あるのではない。在宅の中での医療は日常の業務として行われなくてはならないし、そこには、「困難」と同じぐらい「うまくいっていること」や「あたりまえさ」、あるいは「工夫」や「日々の移ろい」が存在している。これらの「あたりまえのようす」を十全に記述していくことまでを、我々は我々の課題としたい。つまり、当事者の経験のリアリティを探究するにあたって、当事者が概念化・言語化しているものに頼りきることなく、さらに「困難」として了解されているものに偏ることもなく、そういう制限をなるべく取り払って、在宅医療という日常を生きている関係者の「経験のリアリティ」の実相を、その無意識的なレベルにも注意をはらいながら、解き明かしていきたいと我々は思っているのである。

たしかに、膨大な日常のひとびとの行動のすべてを記述するわけにはいかないで、トラブルに注目するような議論のきっかけづくりは必要だ。しかし、それを解決志向の提言でしめくくったり、納得できる原因の帰責で終えたりする方向性の議論は、控えていきたい。むしろ、トラブルの背後に見える人々の常識的理解の様相を解明するようなかたちで、在宅医療を描いて行

きたい。そういう課題意識から本稿は書かれている。

別様の言い方をしてみよう。我々は在宅医療というものが、どのようにその場面に参与する人びとによってデザインされ実践されているか、ということ、人々のインタビューにたよらずに、人々の振るまいと、他の在宅医療者や専門職や療養者との相互行為を精密に探索することで明らかにしようと思う。そういう戦略にとって、ビデオカメラデータを用いることは決定的に有用であった。したがって、以下の論述においてはビデオデータが頻回に言及されることになる（ビデオデータについては、研究者にかぎって、希望者の検証を受け入れるつもりがあります。希望の方は電子メールで著者にお申し出下さい）。

## 2 節 予備的考察

### 2-1. 研究視点——エスノメソドロジーとビデオ・エスノグラフィー

本研究の基礎的立場はエスノメソドロジー・会話分析である。そのなかでも、ビデオデータを用いることと、エスノグラフィックな当事者の知識をもちいることの両方に志向した「ビデオ・エスノグラフィー」という方法的立場を積極的に採用していきたいと考えている。

エスノメソドロジーの議論は、(山崎編, 2004) (前田, 水川, 岡田 2007) (串田, 好井 2010)などの教科書によって、その精緻な理論的組み立てが、日本においても近年広く知られるようになってきている。とはいえ、社会科学一般の専門家を広く包含している本誌の読者すべてに対しては、必ずしも十分に周知されているわけではないので、まずは、以下でエスノメソドロジーの議論の概要を説明することからはじめよう。

「エスノメソドロジー」の前半の「エスノ」は「特定の民族や集団をあらわすのではなく、『人びと』あるいは『メンバー（成員）』」（水川, 2007: 4～5）を表している。また、後半の「メソドロジー」はそのままの意味、すなわち「方法論」を表している。したがって、これらを組み合わせた「エスノメソドロジー」は、「人びとの方法論」という意味になる。

しかし、「人びとの方法論」とはいかなることだろうか。それは研究の対象なのか、研究の方法なのか。この言葉をもちいることで、エスノメソドロジストはいったいどのような主張をしようとしているのだろうか。

エスノメソドロジーの創始者 H.Garfinkel は、この問題に、その学問的マニフェストである『エスノメソドロジー研究』内で以下のように答えている。英文だけでは、わかりにくいので、解釈的翻訳をした邦文を添えて呈示しよう。

＝英文＝

Ethnomethodological studies analyze everyday activities as members' methods for making those same activities visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes, i.e., "accountable," as organizations of commonplace everyday activities.

＝邦訳＝

エスノメソドロジー研究は、日常生活の諸活動を、すべての実践的な諸目的に対し、目に見えて合理的で、そして、報告可能なように、[そういう諸活動を作り上げるメンバーの方法として、] すなわち、ありふれた日常の諸活動の諸組織として「説明可能」なように、そういう諸活動を作り上げるメンバーの方法として、分析する。

(H.Garfinkel, 1967: 7, 訳中 [ ] 内は齋藤・檜田の補い)

つまり、エスノメソドロジー研究は、「日常生活の諸活動」を「分析する」。どのようなメンバー（社会の成員）のどのような活動であれ、彼らが行っている日常生活の諸活動は、じつは、それが合理的で報告可能なように作り上げられているのだが、その様子を分析するのである。ここには2種類のエスノメソドロジーがある。人びとのエスノメソドロジーと、その人びとのエスノメソドロジーを研究するエスノメソドロジー研究 (ethnomethodological studies) の2つである。けれども、方法ということばが割り当てられているのは、エスノメソドロジー研究の方ではない。人びとのエスノメソドロジー

に「方法」という言葉は割り当てられている。「メンバーの方法」が人びとの方法である。人びとの日常そのものを研究しているのではなく、日常を作り上げている人びとの方法の方を、研究対象にした学問が可能なのだ、ということガーフィンケルは主張している。ここにまず注目して欲しい。

ついで注目して欲しいのは、ガーフィンケルが、その人びとの方法にどのような説明を与えているか、ということだ。「実践的な諸目的に対し」という部分が重要である。これはすなわち、その場面その場面で適切になっている諸目的に対して、という意味である。最終的に「日常生活の諸活動」が持つことになる属性は、たしかに「合理的で報告可能なもの」なのだが、それは、科学的に合理的ということではなく、客観的に報告可能なものということでもない。その場その場の必要に応じて、その場その場のレリバンス（必要性・関連性）に対応して、「合理的」であったり「報告可能」であったりすれば、それで十分なのである。そういう意味で、人びとは、「人びとの日常生活の諸活動」を「合理的」で「報告可能」なものに作り上げている。ガーフィンケルがいつているのは、そういうことなのである。

じつは、上記の文章の読解上重要な用語がもう一つある。「説明可能」という用語である。これは、社会的に説明可能である、ということの意味しているが、そのとき説明可能であることが志向しているのは、受け入れられることである。つまり社会的に是認され受け入れられるように、人びとは、自らの日常生活の諸活動を作り上げている、とガーフィンケルは主張しているのである。そのときの人びとの方法論を、社会学者は研究対象とすることができる。そして、この研究のプログラムの全体に、ガーフィンケルは「エスノメソドロジー」という命名を行った。したがって、「エスノメソドロジー」とは、人びとの方法論であると同時に、それを研究する研究プログラムの名称でもある。この2重性はなかなかやっかいで、「エスノメソドロジー」といっただけではどちらを指すか判然としないので、以下では、なまの人びとの方法論を指すときには、なるべく「エスノメソドロジー」という用語を使わないようにしようと思う。かわりに「人びとの実践」とか「人びとの振るまい」というような用語で、この「エスノメソドロジー研究」の対象を表し

ていくことにしよう。

以上が、「エスノメソドロロジー」の解説である。なお、補充的説明になるが、上記のガーフィンケルの定義的文章における「日常」の意味を狭く解する必要はない。人びとの生きておこなっていることのすべてがこの「日常」に含まれているといっていよい。したがって、人々が当たり前に実践している諸活動ならば、その頻度がかかなり少ないようなことがらであっても（たとえば、救急車を呼ぶというような活動や、在宅医療で胃瘻栄養を療養者に施すような活動であっても）、分析対象の「諸活動」としてよいだろう。じつはそういう理解から、エスノメソドロロジーは「制度的場面研究」という研究領域を発展させてきている。そこでは、専門家の諸活動が日常性をもったものとして、実践性と合理性を持ったものとして吟味されてきたが、「在宅医療」もこの「制度的場面研究」の領域のひとつとして扱われてよいだろう。そのとき「在宅医療者」という「在宅医療」の「専門家」のふるまいが研究対象となる。すなわち、その場で適切に振る舞う諸行為者の協同的達成として、「在宅医療」を分析するのが本稿である、といっても良いのである。すなわち、本稿は「在宅医療の制度的場面研究」としての側面も持っているのである。

以上が、簡略であるが、エスノメソドロロジーの説明と、「制度的場面研究」の説明である。

次に、本稿のより具体的な意味での方法論である「ビデオエスノグラフィー」を、「ワークの研究」の伝統の中で位置づけながら、説明しておこう。

まず、ワークの研究から。ワークの研究とは、様々な業務の現場に対して、「現象を社会的に組織化されたものとしてとらえ、その組織化がどのようになされ、その際の方法がどのようなものなのかを解明することをめざして」（水川・池谷、2007：45）なされるものである。我々の研究も「在宅医療」という業務にかんする、ワークの研究とみなすことができよう。

ついで、ビデオエスノグラフィーについて。ビデオ・エスノグラフィーとは、さきにも述べたように、「当事者的知識を十分に摂取しながら行うビデオ分析」（桼田、2008：1）である。あるいは岡田の記述にしたがうのなら

ば、ビデオ・エスノグラフィーとは「聞き取りや参与観察によるフィールドワークによって現場の進行について大まかに理解し、また現場に詳しい人々とともにビデオを詳細に検討することで、さまざまに起こる出来事を社会的に組織され、一貫した活動として解明していく研究手法」(岡田, 2008: 163)である。これまでのワークの研究の中には、現場の「課題」設定に関して、いささか資料依存的であったり、思念的であったりするものが存在した。また、現場で起きている現象を十分に理解しないままの分析ではないか、と思われるものも、散見された。

ビデオエスノグラフィーの方法を用いれば、前者の問題に対しても後者の問題に対しても、ビデオの活用とビデオセッションでの当事者の知識の活用で、問題をかなり解消できるように思われる。そういう意味で、ビデオ・エスノグラフィーは、従来のワーク（プレイス）研究を洗練するための手法として有意義であるように思う。この方法的意義を本稿では積極的に活用していきたい。

さらに、近年、ビデオデータの精度があがり、いろいろな道具の表面に書かれている文字などの判別も後日可能になってきている。このため、多様で細密な分析が可能になってきており、結果として、従来のように、おおざっぱな興味関心にたよらなくても、すむようになってきている。すなわち、我々が外在的な問題関心に依存しなくても済むようになってきているのである。結果として、エスノメソドロジ的無関心<sup>vi</sup>の態度で、活動しやすい基盤が獲得されているのである。このように、21世紀のAV機器の発達は、エスノメソドロジーに適切な環境を与えてくれる側面があったともいえよう。

## 2-2. 在宅医療をどう考えるか

### —— 医療と介護のグレーゾーン問題と関連させて

今回、在宅医療<sup>vii</sup>のエスノメソドロジーと題名内（副題内）に記しているが、じつは、療養者（被介護者）家族の行う行為に対し、医療という名称を与えて良いのか、という問題があるかも知れない。あるいは、家族のする行為の、どこまでが医療なのか、というもう少しややこしい問題もあるように



思われる。具体的には、前者は、専門職が業としてなす行為でないものを「医療」と呼んでしまっただけなのか、という問題であり、後者は、「在宅医療」の研究といったときに、介護であるような行為や家事であるような行為と、医療行為との境界設定をどのように行ったらよいのか、という問題である。

我々は、これに以下のような解を与える。まず、前者の問題に関しては、「医療と呼んでよい」という方針をとる。なぜなら、そのような方針をとらなければ人々が生きて使っているカテゴリー区分によくフィットした分析にならないからである。したがって、本稿の用語法では、医療行為は、法定の「医行為」より（実践的に）広義のものとなる。在宅医療は、在宅で行われている諸行為のうち、人々が医療と呼んでいるものに関わってなされるすべてのことを指すこととしよう。

次いで、後者の問題に関しても、同様の構築主義的解を与えることにしたい。すなわち、人々が医療と介護（あるいは家事）の区分をしているのならはその範囲でその区分に従うこととしよう。研究者側から一方的に人々の行為をどちらかに区分けすることは控えることにしたい。

とはいえ、医療と介護（在宅医療と在宅介護）の区分けをどうやったらよいのか、というのは、人々の実践的・当事者の課題でもある。在宅医療に関わる各当事者は、この医療と介護の区別問題を志向しつつ、だれにどのような助言を求めるのが適切なのか（医師に介護の問題を聞くときにはおずおずと聞くかもしれない）、誰がどのような助言をするのが適切なのか（メディカルソーシャルワーカーから医療的助言を受けた場合には、その知識の出典を確かめる質問が後続されるかも知れない）、というような諸問題を解いているはずである。そのような複雑な振る舞いがあった場合に適切な文脈理解を素早くするために、本節では、いささか相互行為外部的な記述になるが、諸当事者が知識として持っていることが想定される医師法や厚生労働省の通知に関する対比的まとめを元に、基本的な配置構造を確認しておきたい。

まず、医療と介護のグレーゾーン問題のから。

医業は医行為を業として行うことであり、医行為は、「医師が行うのでな

ければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」(井部ほか2009: 4)である。これが、医師法第17条において、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と明文化されているように「業務独占」であるのは、それが身体侵襲性のある行為であると見なされるからである。とはいえ、さまざまな医用機器(吸引器等)が開発され普及し、在宅や福祉施設で暮らす大量の慢性疾患患者のもとに、医療専門職よりも頻度多く介護専門職が訪問する現代日本社会においては、医療と介護の間にグレーゾーンが生じるのも当然であるといえよう。すなわち、医療専門職以外が医用機器を使って、患者の日常生活を支えるニーズが顕在化することとなった。服薬管理、体温測定、血圧測定、痰の吸引まで、実際に、行われていることの幅は広く、厚生労働省の通達だけでは、切り分け切れないのはあきらかである。このような状況に対応して、厚生労働省は平成17年7月26日に「医師法第17条、歯科医師法第17条、及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という通知を出して検温等を医行為ではないとしているが、グレーゾーン問題を解消できたわけではない。グレーゾーン問題が、当事者に志向されている可能性は残されている。

したがって、結論として、以下のように言って良いはずだ。本研究では、「在宅医療」を当事者カテゴリーとして扱っている。したがって、医療専門職とインターフェースがある(たとえば、医療専門職から教えてもらう、医療専門職に改善策を指示される等)全ての行為をとりあえずは「在宅医療」として扱うことが許されよう(在宅でのじっさいの医師からの指示の中には、普通には介護に属するような事象、すなわち、扇風機の風量・角度の調整なども含まれていたが、これも当事者は医師からの療養に関する助言として聞いていた)。けれども、そこに「グレーゾーン問題」が同時に志向されている可能性も排除できない。ビデオデータを分析する際には、精密に慎重にこれらの可能性も吟味されるべきだろう。すなわち、グレーゾーン問題は、社会的には、解決されるべき「問題」かもしれないが、エスノビデオグラフィーにとっては、人々の理解や振る舞いを意味づける「資源」として扱われることになるのである。

### 2－3．研究テーマ——医療化する家庭と家庭化する医療

療養者の入院先からの帰宅は、家族を在宅医療者にする出来事である。それは、家族成員にとって新しいカテゴリー対、すなわち、〈医療提供者／被医療提供者〉あるいは、〈療養者家族／療養者〉がレリバントになる事態でもある。家庭は病院や診療所同様に医療が提供される場所の相を帯びてくる。その一方で、家庭は家族の生活の場でもある。それゆえ、生活の場が変容する事態が想定される。この側面を、「医療化する家庭」として研究していくことが可能だろう。どうように、そこで提供される医療がどのような形をとるかを考えれば、在宅医療らしさを帯びた医療が発見できる可能性も見いだされることとなろう。そこでは「家庭化する医療」という研究視点が可能となろう。「医療化する家庭」と「家庭化する医療」、この両者の視点を併せて、本稿の研究テーマは「医療化する家庭と家庭化する医療」に定められた。専門職が業務独占のもとで医療を提供する病院医療や診療所医療とはことなる、素人の家族成員が生活のなかに埋め込みながら提供する医療が「在宅医療」であるが、この在宅医療の様相を、当事者同士のコミュニケーションを基盤に解明していくことが本稿のテーマに基づいて以下なされていくことになる。

医療化する家庭と家庭化する医療とは、同時進行の密接不可分の事態ではあるが、以下では叙述上、①在宅医療はどのように家庭を医療化させているのかということ、そして②在宅医療はどのように医療を家庭化させているのかということ、の順で解説される。けれども、最終的にはその両視点の組み合わせが果たされることとなろう。

## 3 節 調査概要

【日時】2009年6月25日午前11：00～2009年6月26日午前11：00

【機材】HDD カメラ3台（ワイドコンバージョンレンズ付き）

【撮影者】樫田美雄、齋藤雅彦

【被撮影者】A 宅世帯構成員8名（曾祖母、祖父、祖母、父、母、長男、次

男，長女)

訪問看護介護関係者 4 名（介護支援専門員，訪問看護師，各 1 名を含む）

曾祖母（被介護者）

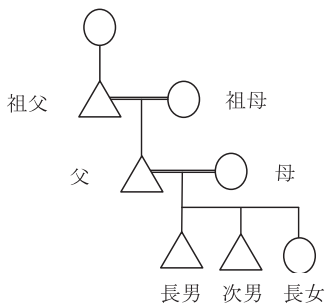


図 1 【A宅の居住者の家族関係】(兄弟姉妹中A宅に同居している家族成員のみ図示)

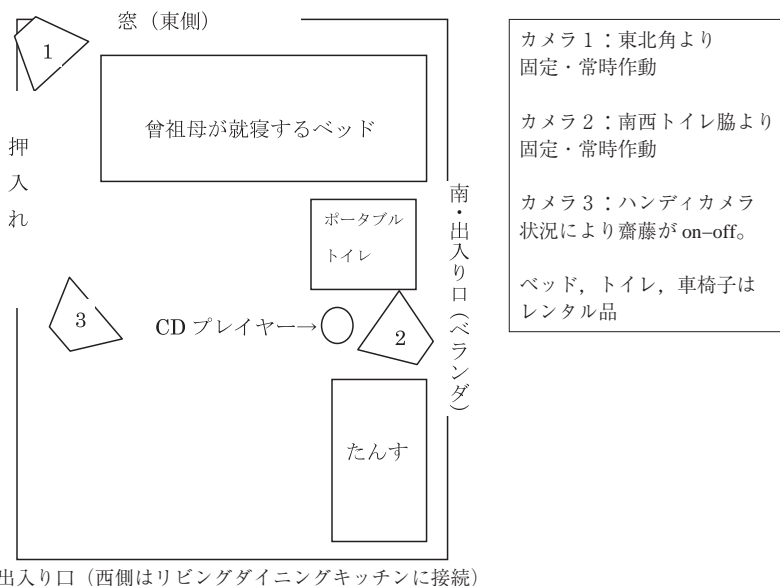


図 2 【カメラ等配置図】

### 3－1．曾祖母（療養者）の特徴

療養者（被医療提供者）である曾祖母（以下 A と表記）の年齢は97歳であった。A 宅は、A のほか、A の息子夫婦と孫夫婦とさらにはその子供からなる4世代家族である。総世帯人数は8名であった。自宅は持ち家（2階建て）で、部屋数は多い。療養室は、1階のリビングダイニングキッチン脇の家族成員が常時様子をうかがうのに便利な場所にある。A は脳出血、脳梗塞を連続して発症し、数ヶ月の入院後、在宅生活に復帰した。歩行は困難（右半身麻痺）で認知症の症状もある。退院は調査の4日前である。入院前の A は、自力で食事をとることができ、発語による十分な意思疎通も可能だったということだが（調査者は未確認）、現在はいずれも十分には行うことができない。A には嚥下障害<sup>えんげしょうがい</sup><sup>viii</sup>があり、入院中に胃瘻<sup>いろう</sup><sup>ix</sup>を形成している。現在は、一日3回の胃瘻栄養が施されている（市販の流動栄養剤を利用）。

コミュニケーションに関する状況をより詳しく記述すると、周囲の呼びかけに対する応答は以下の身体動作等でなされていた。具体的には、首ふり（縦振り、横振りの区別がある）、脚ふり、手ふり、口を動かす、言葉ではない音をタイミングよく発する、目をぱっちり開けるなどの行為がコミュニケーション上の応答とみなされていた。しかし、このような反応は常時安定的に返ってくるわけではなく、しばしば、医療提供者は A の心情・意志を読み取ることに苦労していた。療養者の意志と思われることを介護者が大声で話し、それに対する反応を確認する形でコミュニケーションが行われていることも多かった。

表1 療養者 A の状況の概要

性別	女性
年齢	97歳
撮影時の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞脳出血による入院を経て退院後4日</li> <li>・失語状態、寝たきり状態</li> <li>・嚥下障害により胃瘻が施されている</li> </ul>
身体と療養の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・右半身麻痺</li> <li>・認知症</li> <li>・身体動作（手、足、首）による意志表示</li> <li>・週2回の訪問介護、週1回の訪問看護</li> </ul>

### 3-2. A 宅での在宅医療のあり方

A 宅での A への在宅医療を主に担っている家族成員は祖父、祖母の 2 人（A からみれば、実子の長男とその配偶者）である。A 宅では、数年前に民間企業を退職した祖父と祖母は、現在共に農業に従事しており、家事と農業と介護を二人でともに担っている。この分担のシステムがどのように編制されているかという点が、我々の最初の探求課題となろう。なお、母（A からみれば孫）も仕事（フルタイム）から帰宅後に介護に参加することがあった。子達（A からみればひ孫）もベッドサイドにしばしばやってくるが、この子たちが介護に参加する体制にはなっていなかった。

A の療養体制の概要を以下述べる。まず、1 日 4 回のオムツ交換がある。これは朝、昼、夕方、夜に行われる（祖父・祖母で分担）。また、1 日 3 回の胃瘻栄養があり、逆流をしないようスピード調節が慎重になされており、A の場合は 1 回の「食事」（当事者カテゴリ）に約 4 時間が要されていた（朝は祖父の分担。あと 2 回は祖母の分担）。食後には、血圧降下剤を胃瘻から注入する等の医療的措置もなされていた。さらに、褥瘡<sup>じよくそう</sup>防止のため 2 時間ごとに体位変換<sup>xi</sup>が行われていた。それは A の身体とベッドとの間に座布団を差し入れる形で、なされていた。さらに、目ヤニが溜まっている場合には目薬を随時、さして目ヤニを取りのぞく医療的措置、口腔衛生のために、口腔内の「掃除」をする医療的措置が行われていた。このほか、朝の日課として体温測定と血圧測定が行われていたが、この朝の日課は医師の指示ではなく、祖父の判断でなされていたという（聞き取り結果）。

訪問介護チームは週 2 回入っており、爪切り・入浴介助等をしていた。また月に 2 回の医師による訪問診療も設定されていた。なお、撮影に成功した今回の入浴介助には、初回ということもあり、訪問介護チームの 2 名だけでなく、ケアマネジャーと訪問看護師も状況把握のために同行していた。

これらの在宅医療の全体は、それが、対象者 A の療養上の必要から、医師とケアマネジャーの指示によって組み立てられている点に注目すると A 宅を「医療化」しているように見えた。A 宅の A の療養室には、胃瘻栄養のつり下げ金具がセットされ、ポータブルトイレや電動ベッドがセットさ

れていた（図2参照）。押し入れには紙おむつ等の介護関係の物品がたくさんストックされ、通常的生活用資材のスペースとは区画分けされてはいるが混在しているようだった。同じ部屋に、祖先の写真や仏壇も同居していた。

「医療化する家庭」の特徴記述として、これらの諸事象を理解することがまずは可能だろう。けれども、A宅は一方的に「医療化」していたわけではなかった。次の節では「家庭化する医療」と見える部分に注目して、併せて「在宅医療」の全体像を示して行くことにしよう。

### 3-3. A宅特有の取り組み——家庭化する医療

本節では、家庭化する医療という観点からA宅に特徴的な医療の取り組みの実際を紹介していきたい。

#### (1) 体位変換時間記録・表示システム

##### ——イノベーションとしての在宅医療——

まず、「体位変換をした時間を明示するための時計」を紹介したい。これは祖父が考案した「体位変換時間記録・表示システム」である。A宅では体位変換をさせる担当者を決めていない。体位変換をした際には、壊れて自らは動かなくなった時計の針を、指でうごかして、それによって体位変換した時間を表す方法がとられていた。この作業によって、その場に来た療養者家族は、誰だかはわからないが、別の療養者家族が、何時に体位変換をしたのかというだけは入手でき、その時刻と現在時刻を比較することで、現在体位変換が必要かどうかをその場で独力で判断できるようになっていた。専門家が分担する体位転換システム（写真1を参照）が病院ではとられているが、在宅医療では、そのようなシステムはとりづらい。ぎゃくに、担当者がいなくても、だれかれとなしに、当該の療養室に家族成員が出入りをしている。その日常的な出入りを利用したシステムが構築されていた。これは、壊れた時計の再利用ともいえるが、必要な道具を創意工夫で創出した行為とも考えることができる。とすれば、在宅医療のイノベーションということもできよう。我々は、このように療養者家族によるさまざまなイノベーションの蓄積として、それらによる達成として、「医療の家庭化」をとらえることができ

るだろう。



【写真1：病院内の体位変換表】（○病院，2009年12月30日）  
※担当，業務内容，業務実施時間がシステムとして組まれている。



【写真2 vol.18. 03:05。在宅の場合。2009年6月25日】

体位変換を行った際に記録を付けている祖母。

壊れた時計に記録をつけることで複数人の在宅医療者がいる環境の中，独力かつ目視で医療に当たることができる。



(2) 胃瘻栄養カテーテルの2本連結——イノベーションとしての在宅医療

また、「胃瘻栄養カテーテルの2本連結」という現象も発見された。これはベッドと栄養剤の位置関係を克服するためになされたことであった。鴨居脇（写真3参照）の胃瘻栄養バッグつり下げ金具から、ベッドまで距離があり、通常の胃瘻栄養カテーテルでは長さが足りなかったのに対し、そのカテーテルを2本つないで対応していた。療養者専用に設計された病室ではあり得ないことだが、在宅ではこのような必要も、このように処置されていたのだ。これも、家庭に医療の必要な療養者を受け入れるために、A宅の人びとがなした「イノベーション」であるということができよう。

これらの注目すべきA家特有のシステムは、A家が在宅介護をしやすくするために創出したメカニズムである。しかし、これらのシステムが不備を起こし、新たなトラブルを招く事例が起こる場合も多い。例えば、時計の針の回し忘れやチューブの付け間違いなどがある。



【写真3 vol.19. 00:40. 胃瘻栄養カテーテルの2本連結】

チューブを2本つないでいるA宅。

栄養剤は画面左上にあり、長くするためにチューブをつなぎ合わせている。

(3) 「転体」という新用語の開発——イノベーションとしての在宅医療

さらに、A宅では体位変換を特別に「転体」と名づけている。新たな言葉

を創出するというこの行為は、まず、その行為自体が興味深い。また、「体位変換」という4文字を2文字化していることも興味深い。おそらくは、この文字数の少なさは、その「合い言葉性」をたかめ、それが指し示すものが



【写真3 vol.12. 03:25「転体」という用語に対応する作業】

Aの体位は左側臥位であり、ここからおむつ交換を経て、右側臥位へと「転体」する。



【写真4 vol.12. 11:10】

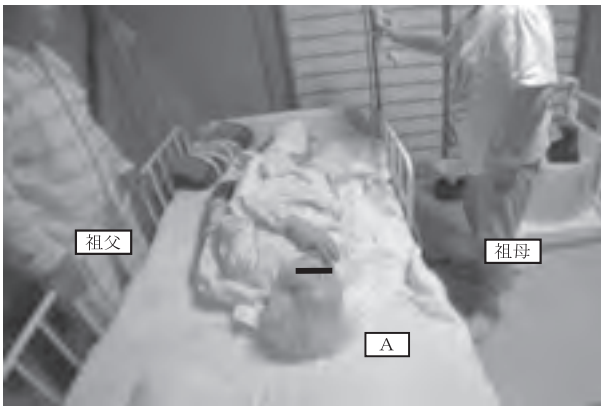
「転体」を行う祖父と祖母（その1）  
まずは座布団を体の下に敷く。

何であるかをはっきりさせる効果を持っているのだろう。短いにもかかわらず，この言葉はA家の人びとにとって，お互いに理解可能で必要十分なものとして扱われていた。どのような専門的な場面にも専門用語と呼ばれるも



【写真5 vol.12. 11:27】

「転体」を行う祖父と祖母（その2）  
次に座布団を重ねて体の下に敷く。



【写真6 vol.12. 12:00】

「転体」を行う祖父と祖母（その3）  
「転体」作業の開始から作業完遂まで，所要時間は約1分。

のは存在するが、この「転体」は在宅医療という専門の場面で体位変換という医療用語に対応したA宅のみの専門用語であり、ここにも、在宅医療のイノベーション、イノベーションとしての在宅医療がみてとれるということができらう。

### 3-4. 全体構想——医療化する家庭研究から家庭化する医療研究へ

3節では調査概要をビデオ・エスノグラフィー研究、ワークプレイス研究としてまとめてきた。3-1ではAの特徴を断片的にとらえ、3-2においても、A家での在宅医療のあり方を至極簡単にまとめた。しかし、ここでは家庭生活＋在宅医療という日常業務の増大から、単純に家庭に医療が侵食してくるとも見える様子を確認した。

そして、3-3では、A家以外ではなかなか見られないであろう行為<sup>iii</sup>を特筆することで医療の家庭化－イノベーションとしての在宅医療－を浮き彫りにした。今までの家庭生活に新たな要素として医療が入ってくることは、一方的に家庭を変えるだけではない。それは、医療の方をも、イノベーションとしての在宅医療の力で変えるきっかけになっているのではないらうか。

研究枠組のパラダイム転換が必要だ。確かに、「転体」というような、新たな専門用語の創出は在宅医療というものを要請し、適切な医療がそこで行われるように指示した諸専門家からの要望に由来する。しかし、その医療行為への要望を実行している家族の方は、医師の指示通り、指示されたことだけをしているわけでは決してない。指示に従おうとすれば、指示以外のことも同時にイノベティブに実践していかなければならないのである。A宅のように、体位変換をした時間を刻む壊れた時計は病院のような組織には存在しないのである。それは、単に存在しないというだけではなく、病院には病院のシステム構築がなされており、今ケースのように誰がいつ体位変換を行ったかわからなくなるという事態が起こりうる状況には、まずならないのだ。さらに、胃瘻につなぐカテーテルを2本にする行為は病院では決して許されない行為である（閉塞リスクや感染リスクが検討されれば、そういうこ

とになろう)。しかし、A 宅においてはカテーテルを 2 本つなぎ合わせる必要性と適切さがあった（とりあえず、閉塞も感染も起きてはいないようだった）。つまり、A 宅特有の在宅医療への取り組みは、A 宅にとって「適切（レリバント）」のようにデザインされている。つまり、医療というものを A 宅の人びとは使いこなしているのだ。このことは、単なる医療ではなく、A 宅が在宅医療の専門家・熟練者（エキスパート）としても見なせる存在であることを意味する。もちろん、A 宅のみならず、全ての在宅医療を行っている家庭の療養者家族がそれなりに在宅医療の専門家・熟練者である可能性がある。つまりは、在宅医療の熟練というものを検討しようと考えた際には、病院医療をモデルにそのシステムとの異同で判断すべきものではない可能性がある、ということだ。医師や看護師が思いつかないような在宅医療固有のイノベーションを、それ自身の価値において適切に評価するような研究枠組みが必要なのではないだろうか。そういう連想を可能にするきっかけを我々は、医療の家庭化という視点での分析から、いま、手に入れたのではないだろうか。

### 3-5. まとめ

〈家庭は医療化するもの〉だと思われがちな在宅医療場面を、ビデオ・エスノグラフィーの視点を持って、調査概要をまとめることで〈医療も家庭化している可能性がある〉というパラダイム転換をすることができた。次章からは、在宅医療場面の会話分析をすることで〈家庭化する医療〉イノベティブな側面について、さらに背景を深く考察していきたい。

## 4 節 分 析

### 4-1. 分析方法

本節ではデータを分析するにあたり、会話分析という手法をとることでデータを緻密にみていく。とりわけ会話を一行一行分析することの繊細さを感じ取っていただけたらありがたい。

まず、西阪によれば、「言語そのものの研究ではなくて、あくまでも、会話をフィールドとした、社会的行為の組織にかんする研究」（西阪、1997：3）である。つまり、社会学者がする会話分析とは、言葉や文法ひとつひとつが問題なのではなく、発話ひとつひとつが何を志向し、その場面の参与者によってどうデザインされているかが研究対象となる。

また、論理文法分析とは、「私的で個人の『内面』にあるとされる『心』『意図』『考え』などが、言葉や概念の使い方（言語使用）を見ることによって、誰でもやりとりの中で示しあっている公的なものであることを明らかにした。」（水川・池谷、2004：36）とされており、会話分析と論理文法分析を本研究で取り扱うことで、在宅医療の現場に接する当事者性に密着した研究が出来ると考える。以上が、簡略ではあるが、分析方法の説明である。

#### 4-2. 分析視点①——在宅医療でのリスクマネジメント場面

今回の報告で取り上げる場面は祖母がAの「食事」の世話を終了する場面である。もう少し詳しく言うと、Aに対する朝の胃瘻栄養の終了場面である。A宅では、胃瘻カテーテルの詰まりと細菌汚染を防止するために、胃瘻栄養の終了場面では、カテーテルに注射器を用いて白湯（さゆ）を注入している。一種の白湯による洗浄作業である。この作業をするために、注射器の準備を祖母がしている場面が、以下の場面である。前述したように、この家庭では複数人の医療者がいるため、誰が何をしたのかという点で問題が生じる可能性が構造的にある。今回の事例ではこの点にかかわって、祖父が何かの操作をしたあとの注射器が残されていることが問題となっている。すなわち、注射器に入っている液体が白湯なのかミルトン（消毒液）なのかわからないと祖母が困惑し、それに父（祖母の息子）が対応している場面である。

注射器内容物がもし消毒液だったならば、それをAに注入することは、もちろん危険なことだ。場合によっては、Aには死の危険が及ぶかもしれない。父は、早朝の胃瘻栄養担当として、胃瘻栄養バッグのつり下げと注入速度の確認までは確実に操作し終えていることが状況証拠からわかる。けれども、祖父が残していった注射器内容物が、その後の作業にすぐに使えるもの

（白湯）なのか、あるいは、その一歩前のもの（ミルトン）なのかは、状況から即座には判断できない。

この不完全情報問題が、ここでのリスクマネジメントのマネジメント対象である。祖父の性格、対象物の状況などが、精査される。その手続きに我々はまず注目したい。祖母と父の掛け合いは、在宅医療としての特質を帯びているようなのである。つまり、どちらかが、専門家として、非専門家に知識提供したり、指示をしたりするのは違う問題処理の仕方が実践されているようなのである。さらに、その問題処理が、祖父をどのように位置付けているか、が次の我々の探求対象となる。結論を先取りしていうならば、在宅医療のイノベーションの重要なアクターである祖父の振るまいを、そのイノベティブな側面を温存する方向で問題の検討がされているようなのである。これらのことを、以下、データを用いて確認していきたい。

なお、ここでは、「祖母」の実子に当たる「父」が発話の相手となっている。本稿での表記は「祖母－父」ではあるが、会話を交わしている両当事者間でレリバントなものとしての有意味な関係対（Relational Pair）<sup>xiii</sup>で表現すると「母－子」関係や「家族－家族」である可能性がある。「祖母－父」は便宜的な表記である。念のため、あらかじめこのことを断っておこう。

本分析では、参与者間のトラブルが当面の解決に至るまでの過程を一つの相談場面として解釈し、分析に当たる。そこでは、「家族－家族」が「質問－応答」を互いに繰り返しながら、トラブル解決を図る場面となっていた。つまり、本研究が取り扱う場面はサックスのいう「質問－応答<sup>xiv</sup>」連鎖という隣接対<sup>xv</sup>がくりかえされている構造を為しているが、じつは、どっちがどっちに質問し、どっちがどっちに応答しているのか、良くわからない会話にもなっている。この不思議な連鎖の構造を緻密に見ていくことで、場面で何がレリバンスになっているのかを明らかにしていきたい。「隣接対は、参加者が互いの協同の理解を構成する場」（山崎、2004：32）であり、それゆえに、何を前提に何を理解し、何を前提に何を疑問に思うかを探求すれば、そこでのレリバンスの構造を見通すことができるのである。

### 4-3. 分析視点②

#### —— 理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

我々が対象としている行為連鎖の全体が「リスクマネジメント」を志向しているものであるため、ここでは、リスクマネジメントに関する議論を概略的にまとめておくことにしよう。

まず、用語の確認であるが、リスクマネジメントは「危険因子を早期に発見して除去または回避することで、事件・事故の発生を未然に防ぐことを目的とする」（瀧野，2006：163）のものであり、「通常、事故対応と考えられがちであるが、基本的には介護事故（利用者個人が引き起こしたものではなく、介護者の介護行為に伴って引き起される障害を意味する）を予防する働き」

（橋本，2004：78）である、と事故予防に志向したものが、医療介護の世界では教育的に志向されていることが語られている。また、ケアに寄り添った書かれ方<sup>xvi</sup>をしているが、丸山は「単に事故への対策というのではなく、現場をシステムの、予防的に管理することでリスクに対処し、利用者が人間らしく生きること、生活に質の向上を支えるものであり、ケアの質の向上によって支えられるものである」（丸山，2005：28）と定義づけている。さらに、2002年3月に厚生労働省が公示した「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」<sup>xvii</sup>においても、「昨今、福祉サービスの分野で議論されているリスクマネジメントは、『福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応（特に損害賠償等、法人・施設の責任問題を含む）』にその中心がおかれています。」と、予防側に十分な配慮をしている。

つまり、リスクマネジメントとは、組織活動に起こりうる危険を未然に防止するためにシステムを構築すること、さらには、事故が発生した場合の対応処置方法を構築することと言い換えられよう。

それでは、どのようなリスクマネジメントが実際には考えられているのであろうか。例えば、川上によれば、「介護事故予防への取り組みとしては、①まず、現場でどのような事例が生じているか把握し、再発防止策を立てること。②事故対応を適切にする。③事故予防の意識づけを日々の業務の中で



実践し、事故を起こさないようにする。という3点が重要になる。」(川上, 2007: 9)とされており, 三田寺(2005: 87~90)はリスクマネジメントプロセスを(1)リスクの発見・確認—リスクの洗い出し—(2)リスクの評価・分析(3)リスクの処理(4)結果の検証とまとめている。他にも, 橋本(2005: 102~103)は, 「品質(介護サービスの質)に関わるマネージメントシステムの継続的な改善と維持を行う ISO9001規格の手法をもとに, Plan—リスクの認識, リスクの分析, Do—対策の実施, Check—対策の評価, Action—必要に応じた取り組みの改善という PDCA サイクル」とまとめている。

しかし, 上記のリスクマネジメントの定義, および方法は理想的なリスクマネジメントである。よって, 上記のように, 事故につながりそうになった事例<sup>xviii</sup>を参照し, 起こりうるリスク, もしくは起こってしまったリスクを構築, 解決する方法を理想的リスクマネジメントと名付けよう。

しかし, いくら未然に防ごうとしても防ぎきることができないのがアクシデントであり, インシデントである。とりわけ, 在宅医療の場面では, 理想的リスクマネジメントに基づき, リスク管理を行なうことは困難である。臨機応変の対応では, 予期はその場限りの様相を帯びる。実際の医療場面のよ  
うに<sup>xix</sup> 専門家の分業によってシステム化されている場面なら, 理想的リスクマネジメントのプロセス構造に基づいた対処が適切であろう。しかし, 在宅医療の現場では, 医療そのものが, そのようにはシステム化されていないのだ。それゆえに対応策の形(相互行為プロセス)も違ったものが適切になるのではないだろうか。それが発見されれば, これもまた「家庭化する医療」の実例ということになるようにおもわれるのである。

例えば, 今ケースでは複数人の家族が, 専門家的分業システムを構築せず  
に, フラットな形で医療に携わっている。その為に, 誰が何をしたのかわからなくなるトラブルがおきるともいえるが, そのフラットさや, 関与者の幅広さ, 関与の程度のフレキシビリティが, 在宅医療の可能性でもあるように思われる。このフラットさやフレキシビリティが, 守られるような形でリスクマネジメントが行われているのかどうか, が当面の我々の探求仮題となろう。在宅医療的リスクがいかに在宅医療の現場にいる家族の力で, 在宅医療

的に解決されているのだとすれば、そこに我々は一つのイノベーションを発見できるのではないだろうか。我々は、この発見されるかもしれない、在宅医療現場におけるリスクマネジメントを「在宅医療的リスクマネジメント」と名付けることにしよう。すなわち、本分析では、在宅医療的リスクマネジメントを探索することで、在宅医療の在宅医療らしさ、現場らしさを提示できればよいと考えている。

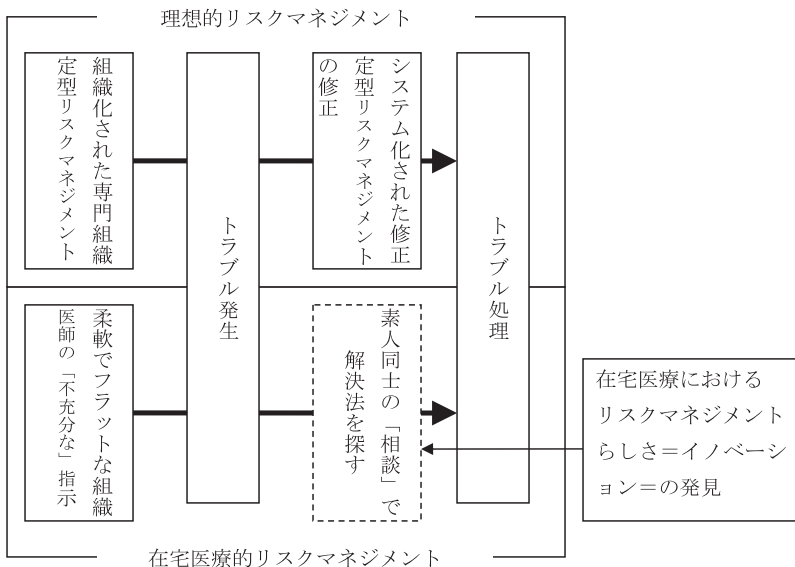


図3 理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

#### 4-4. 場面紹介分析——誰が何をしたのか・誰が何をすべきかトラブル

ここでは、実際に会話分析を行う。一連の会話の流れを細かく場面を分けて紹介することで、会話の流れを追いながら分析をしていきたい。

##### i) 応じることと志向すること

〈断片1〉

01 父 いけるんか。ちゃんと。

- 02 祖母 いける：。あ：。ちゃんと入れてあるわ。パパが。注射が白湯だろな？（(注射器を見ながら)）
- 03 消毒ではないだろな？
- 04 父 ちゃんと（見とけよ。）
- 05 祖母 え？（(Aの寝室からキッチンへと引き返す)）

まず、分析するのは1～5行目の場面である。この時点では祖母と父は互いにAの寝室とキッチンにいるため、会話は声かけ的なものとなっている。

1行目の父「いけるんか。ちゃんと。」という発話は祖母に志向しており、この会話から場面は始まる。注射器の中身をよく確認しろという物言いである。2～3行目の発話で祖母は、まず、「いける：。」と父に同意を示す。しかし、この「いける：。」は同じ部屋にいないがゆえ（＝互いに対面していないがゆえ）の『私は大丈夫』という相槌的なものであるため、後に6行目で父から「いけるんか。」という同じ質問が為される。さらに、2～3行目では、私ではない「パパ<sup>xx</sup>」が注射器に液体を入れたことを述べており、その上で注射器の中の液体が「白湯だろな？消毒ではないだろな？」と疑う。この発話も父に向けられたものというよりも、自己確認としての発話である



【写真7 vol.17. 00:07】  
祖母が注射器の中を確認しながら、Aの部屋に入るシーン。

と考えられる。そして、今までは相槌という応答を返していた祖母が5行目で父が何かを発話しているということに志向した発話（「え？」）をすることで（＝父への志向が向いている私を父に呈示している祖母）、この場面を完結する。

## ii) トラブルに伴うリスクを呈示する祖母

### 〈断片2〉

06 父 いけるんか。消毒ではないんか。

07 祖母 ない。ほなけど、一応 (0.5) 抜く? 気持ち悪いけん、  
[自分が入れてないけん。

08 父 [何を。水入れるん。

09 祖母 水入れる、白湯入れるん。

6行目では前述したように1行目のリフレインが為される。(父「いけるんか。」)そして、7行目で、祖母は消毒では「ない。」と明示はしたが、「自分が入れてない」ために「気持ち悪い」から「一応抜く?」と液体を変えることを提案している。ただ、祖母の強調された発話からも感じ取れるように、ここは相手に返事を求める『一応抜いてみようか?』ではない。「抜く」ことに理由づけを行ったうえでの「抜く」という発話であるため、ここは提案であると考えられる。さらに、前小項で祖母は「パパが」注射器に液体を入れたことを明示しているために、なおさら、この「自分が」という発話は際立ったものとなっている。言うなれば、介護行為を行った主体の不在により、新たに介護行為を行うべくして立ち上がった主体の表明である。「自分が入れてない」ために「気持ち悪い」から、「一応抜く」いて、私が入れなおすという役割交代を父に呈示しているのだ。つまるところ、祖母は医療行為におけるリスクーこの場面では医療行為をした祖父の不在により、液体の確認がとれないことゆえに起こりうる液体の認識ミスというリスク、つまりAに消毒液を注入するリスクーを十二分に理解しており、それゆえに他者への表明を示したうえで、役割交代を図っている。そして、8行目で父は「何を」

入れるのかと祖母に質問する。この会話は7行目祖母の「一応抜く？」に対応した発話である。そして、9行目「水（(を)）入れる」と祖母が答えることでこの場面は解決する。



【写真8 vol.17. 00:13】  
祖母が父のいるキッチンにまで戻るシーン。

### iii) 父の問題追及テクニック<sup>xxi</sup>

〈断片3〉

- 10 父 ほな、ほら：，ほんなん人のなんか信用したらあかん。  
11 祖母 <信用したらあかんな。  
12 父 ほらずっと，洗ろうたらええんで。洗わな。  
13 祖母 うん。白湯入れて，なんか気持ち悪いわ。  
14 父 ほら，おとうはんのことやけん [ほんなもん。  
15 祖母 [うん。(わかっとな) でないか。  
16 わしがしとったんじゃわ。 っていうやろ。  
17 父 いや，ほら，逆もあるわだ。  
18 祖母 うん。  
19 父 なんでも逆になるわ。

10行目で父は「ほら：，人のなんか信用したらあかん。」と発言する。「ほら：」は前小項であったようにリスクマネジメントをしている祖母の行為を了解していることに志向しており，それゆえに『他人がしたことなんか』信用するなという祖母への教訓語りがある。11～13行目では，10行目の父の発言を受けて，「自分で作業をすること」が話題の焦点となっている。つまり，10～13行目は「自分で作業することの大事さ」を，作業をしている祖母に伝えているのだ。

そして，自分で作業をすることの大事さを祖母に説いた父は，14行目で作業をしたのが『祖父であるから』という家族であり，身近な存在である者への非難に変わる。（「ほら，おとうはんのことやけんほんなもん。」）ここでは，非難を受けているのは作業をしていた祖父である。つまり，この数行の間に父は祖母／祖父，作業をしている／作業をしていた，者への物言いをしていることになるのだ。この父の表明はリスクを招いた両者への注意勧告であると言えるだろう。そして，15～19行目まではこの祖父の話が焦点化し，祖母もしばらくは父に同意している。



【写真9 vol.17. 00:28】  
祖母と父が話しているシーン。

iv) 祖母の問題回避テクニック

〈断片4〉

20 祖母 <まあ、なんだったらミルトンだったら匂うけどな。

21 父 ほな匂てみ。

22 祖母 ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。(0.5)白湯じゃ。

23 ((注射器を高く持ちあげて、注射器を見る))

24 父 うん。

父の非難で盛り上がっていた祖母と父であるが、祖母は20行目で「まあ、なんだったらミルトンなら匂うけどな。」と『たとえ、祖父が間違ったことをしていても、私が匂えば理解可能だ』と、祖父の非難話から私という主体が解決可能だという語りに切り替える。ここでは、祖父への配慮も見られる。すると、21行目で父は『それならば、自分で匂ったらいいい』と祖母に促す。22行目「ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。」と祖母は匂うことで判断することは可能だけれど、確実性がない。「自分で」注射器の液体を入れなければと、今度は私という主体が介護をするために必要な行為(＝注射器の中に白湯を入れる)をするという提示を父にすることで、次の



【写真10 vol.17 00:44】

祖母が注射器の中身を白湯に入れ替えた際のシーン。

24行目で父の同意を得ることができ、この場面のトラブルは解決する。

#### 4－5．まとめ——在宅医療のアフォーダンス

本節では「在宅医療におけるリスクマネジメント」について考察してきた。発見された「消毒液を胃に流し込んでしまう」リスクは、注射器の液体を「何か不明のもの」から「確実な白湯」に変えることで、解消されたと言える。しかし、注目すべきはトラブルを回避したこと、そのものではない。表面化したリスクに対し、祖母や父がいかにこのリスクを丁重に扱っていたかである。7行目の時点で祖母は注射器の液体を抜くことをすでに提案している。そして、実際には抜くことに共同理解を得るためには、24行目までかかった。その間には、父の祖母、祖父への注意喚起としての物言いや祖母の問題を解決へと導くテクニックが見られた。これらのことはつまり、複数人の共同判断というものがどのような風に創られているかをあらわしていると言える。定型的なリスク管理のやりかたを専門知識を利用してなぞるのではなく、誰しもが知っている常識的知識の活用やその場にある情報、資源を、その場の文脈で精密に解釈する方法がとられている。ここでレリバントになっているものこそ、在宅医療の資源なのではないか。在宅医療の専門家・熟練者の姿がそこにはあるのではないか。それは、在宅医療のアフォーダンス<sup>xxii</sup>の反映といえるのではないだろうか。ここにこそ、在宅医療化されたリスクマネジメントがあるようなのだ。(あるいは、在宅医療のイノベーター的な側面ともいうことができるかも知れないが、この点については、稿を改めて述べることにしたい)。

## 5 節　まとめと考察

本研究は在宅介護により、家庭がどのように医療化するのかという視点から考察をしてきた。2節では、カテーテルチューブや注射器などの医療器具が家庭に侵食してくること、医療という新たなカテゴリーに対する新たなメカニズム創出、「家族」である療養者を看るということなど、医療が家庭を



どう変えるのかという視点から在宅医療の在り方を考えた。

3節ではリスクマネジメントにおける相談場面を会話分析した。そこでは、「療養者」に対するリスクを徹底的に管理している祖母と父（「家族」）の姿があった。確かに、在宅医療はリスクコントロールを図ることを強いられてしまう労働強化の側面があるのかもしれない。しかし、リスクコントロール分の負担増を解決しなければならない家族が導いた解決策は私たちにも分析可能で理解可能なものだった。つまり、医療は特別な出来事であり、医療は家庭を侵食するもの—医療化する家庭—だけだったのではない。医療は家庭に生きる人びとに柔軟に取り込まれていくもの—家庭化する医療—でもあったのだ。

ところで、在宅医療的リスクマネジメントは複数人の共同参画に向いているようである。とすると、それは、従来の病院や実際の医療場面においても十二分にありうる出来事であるのではないだろうか。在宅医療的リスクマネジメントの発見の重要性はこの応用可能性にもあるのである。

## 6 節 残された課題

本論文に残された課題を以下短く述べておこう。

まず、在宅医療において最も顕著な医療化の例は特殊な器具がどのように扱われているかである。今回のケースでは、胃瘻（いろう）栄養のために被医療者につながれているチューブや、褥瘡（じょくそう）防止のために療養者と寝具の間に挟まれた座布団がそれに相当する。その器具が焦点化されるとき場面の参加者はどのように身体と道具を同時に構造化しつつ行為しているのだろうか。西阪が、「私たちは、その時々活動に適切なやり方で、自分の身体と、身体に接続される道具を同時に構造化している。」(西阪, 2008: 120) と書いてくれた事態をもっと明確に次の機会には示したい。

さらに、A が失語症であることも次の機会にはもっと中心的テーマとして扱いたい。失語症者自身にとって言葉を語ることがどういうことなのかこそはエスノメソドロジー会話分析が Goodwin 以来取り扱ってきたテ

まだからだ。その在宅版の研究が可能だろう。

---

注

- i 徳島大学総合科学部人間社会学科地域システムコース, masa\_masa2007@yahoo.co.jp。
- ii 徳島大学ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部, kashida@ias.tokushima-u.ac.jp。
- iii 天田の研究を否定的に扱うつもりはない。天田の研究とは交わらないかもしれないが、けれども、重要かもしれない別の観点から在宅医療を検討したい、と考えているだけある。また、後述する井口に関しても同様である。
- iv 医療と介護については、医療の専門性を主張する立場から「爪をきるだけなら介護だが、爪の色・硬さ等から全身の健康状態を把握しようとすれば医療（看護）になる」というような主張がなされている。しかし、介護だからといって、生活援助活動の側面しか持たないわけではない。健康を志向する介護は十分に可能である。医療・介護にはグレーゾーン問題がある。この問題へのとりあえずの言及を2節で行った。
- v ここで言及しておいた方がよいエスノメソドロロジーのキーワードとして、「相互反映性」と「文脈依存性」がある。この両者については浜が以下のようにまとめている。

ある社会秩序について記述している記録が、それ自体、それが記述しているところの社会秩序の一部分であるという、記録と社会秩序の間のこの循環的な関係を、ガーフィンケルは「相互反映性 (reflexivity)」と呼ぶ。また、それゆえに同じ記録であっても、記録が行われる状況やそれが利用される状況に応じて、その意味が変化することを、「文脈依存性 (indexicality)」と呼んだ。

(浜, 2004 : 11)

- vi 水川、池谷によれば、エスノメソドロジ的無関心とは、エスノメソドロジーの分析者は「研究対象について、その活動が正しいのか正しくないのか、真正のものなのか、そうでないのか、などについて判断することには、関心を持たない」(水川、池谷:2004:48)ということであり、エスノメソドロジストの研究方法論上の態度のことである。この態度こそが、「見られているが気づかれていない」水準の秩序を発見するために必要なのであり、倫理的要請ではない。

我々もこの態度をもって、本研究を進めることとしよう。

- vii 在宅医療は、医行為に限らず家庭での医療関連行為のすべてを含む概念としてここでは用いられている。
- viii 嚥下とは「のみくだすこと。口腔内の食塊を胃に送り込む過程をいう。」であり、つまり嚥下障害とは、何らかの原因により、嚥下の機能に問題がみられる状態をいう。
- ix 胃瘻とは主に経口摂取困難な患者に対し、人為的に皮膚と胃に瘻孔を作成し、チューブ留置し水分・栄養を流入させるための処置のことである。
- x 褥瘡とは重症患者が長期間病床にある場合に、衣類・寝具によって圧迫を受ける部位に生ずるもの。とこずれ。のことである。
- xi 体位変換は、療養者が自力で寝返りが打てない場合にケア担当者が療養者の寝台上的の体位を変えること。
- xii A 家以外ではなかなかみられないとあるが、それは事例として珍しさとしての意味である。私達が考察している「家庭の医療化」については A 家特有のものでは決していない。つまり、本稿の特徴は、他の在宅介護の事例からも一他の在宅介護宅特有の事例からも一導きうる結論である。
- xiii 関係対とは「2つずつ対関係をなすカテゴリーの集合であり、その集合全体をさす総称である。」(山崎編, 2004: 18)
- xiv 応答は明確な答えを聞き手に示しているわけではない。話し手が新たな問題を創出することも多く、そういった隣接対の連鎖構造が相談場面のトラブルには見てとれる。
- xv 「隣接対とは、2つの発話が、「挨拶—挨拶」「呼びかけ—応答」「要請—受諾」などのように対(ペア)として類型化されたものである。」(Schegloff&Sacks, 1973=1995)
- xvi リスクマネジメントはケア場面、医療場面でのみ行われている訳ではない。
- xvii 厚生労働省より [http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h\\_0422-2.html](http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h_0422-2.html) (閲覧日 2011.1.30) を参照。
- xviii 事故につながりそうになった事例をヒヤリ・ハット事例とも言う。
- xix 実際の医療のリスクマネジメントが完璧だと言っているのではない。在宅医療的リスクマネジメントと比べ幾分、システム化されているという点に注目しているだけである。
- xx ここで言うパパ、おとうはんは上述した家族構成上の祖父に相当する。
- xxi テクニックとは特別な人が持つ固有のテクニクという意味合いではない。どの人も普遍的に持ちうるテクニクがあると考えている。とはいえ、テクニク

クがあるからトラブルがつねに解決しているというのでもない。トラブルは場面の参与者同志の相互行為により解決されたり、されなかったりするという私の研究上の立ち位置は変わらない。

- xxii 佐々木によれば、「アフォーダンスとは、環境が動物に提供する『価値』のことである。」(佐々木, 1994: 60)。

## 参考文献

- 秋谷直垣 (2008) 「高齢者介護施設にみる会話構造—日常生活支援における自／他の会話分析—」『保健医療社会学論集』19 (2), 56~67.
- 秋谷直垣・川島理恵・山崎敬一 (2009) 「ケア場面における参与地位の配分—話し手になることと受け手になること—」『認知科学』16 (1), 78~90.
- Albrecht, Gary L. (1990) *Advances in medical sociology: a research annual, vol.1: 1990.*, JAI Press.
- 天田城介 (2003) 『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』, 多賀出版.
- 安食正夫 (1970) 『医療社会学』医学書院.
- Coulter, J. (1979) *The social construction of mind.*, Palgrave Macmillian, (= (1998) 西阪仰訳, 『心の社会的構成—ヴィトゲンシュタイン派エスノメソドロジーの視点』, 新曜社).
- Friedson, Eliot (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press (=1992 進藤雄三・宝月誠訳, 『医療と専門家支配』, 恒星社厚生閣).
- Giddens, Anthony (1976) *A. new rules of sociological method*, Hutchinson (=松尾精文, 藤井達也, 木幡正敏訳 (1987) 『社会学の新しい方法基準—理解社会学の共感的批判』而立書房).
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*, printice Hall.
- Good, Byron J. (1994) *MEDICINE, RATIONALITY, ANDEXPERIENCE: Ananthropological Perspective*, Cambridge Univ Pr (=江口重幸訳他 (2001) 「医療・合理性・経験: バイロン・グッドの医療人類学講義」誠信書房).
- 橋本久子 (2004) 「介護福祉におけるリスクマネジメントの研究 (第1報): 介護老人保健施設の実態調査をもとに」『第一福祉大学紀要』1, 75~85.
- 橋本久子 (2005) 「介護福祉におけるリスクマネジメントに関する研究 (第2報): ISO9001規格の認証資格で管理運営するケアセンターの調査」『第一福祉大学紀要』2, 101~111.

林佑香 (2006) 「施設内コミュニケーションの相互行為分析—身体の意義に注目して」, 『生活の中の相互行為—平成17年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナールゼミ論集』, 3～22.

(<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/kasida/jisshuu/2005/2005.html> (閲覧日 2011.1.30) にて入手可)

Hawley Amos H. (1979) *Societal growth: processes and implications*. Free Press.

HEATH, C.&P.ATKINSON (eds.) (1981) *MEDICAL WORK*, Ashgate Pub.

Heritage, John 2005. Revisiting authority in physician–patient interaction. In M. Maxwell, D. Kovarsky & J. Duncan (eds.) *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: Mouton de Gruyter. 83–102.

Heritage, John (2009) ‘Negotiating the legitimacy of medical problems: A multi-phase concern for patients and physicians.’ In Dale Brashers, Deana Goldsmith, eds. *Communicating to Manage Health and Illness*. New York: Routledge: 47–164.

Heritage, John, & Anna Lindström (1998) ‘Motherhood, medicine and morality: scenes from a medical encounter’, *Research on Language and Social Interaction* 31: 397–438.

Heritage, John, & Anna Lindström (2006) ‘Motherhood, medicine and morality: scenes from a series of medical encounters’. In: J. Bergman, P. Linell, eds. *Morality in discourse*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Heritage, John, & Douglas W. Maynard, eds. (2006) *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. [Series: Studies in Interactional Sociolinguistics, No. 20] Cambridge: Cambridge University Press.

Heritage, John, & Jeffrey Robinson (2006) ‘Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care’. In: John Heritage, Douglas W. Maynard, eds. *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press: 48–85.

Heritage, John & Robinson, Jeffery D. (2006) The structure of patients’ presenting concerns: physicians’ opening questions. *Health Communication* 19 (2): 89–102.

Heritage, John, & Jeffrey D. Robinson, Marc N. Elliott, Megan Beckett, & Michael Wilkes (2007) ‘Reducing patients’ unmet concerns in primary care: The difference one word can make’, *Journal of General Internal Medicine* 22 (10): 1429–33.

- Heritage, John, & Sue Sefi (1992) 'Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between Health Visitors and first-time mothers'. In: Drew, P., & J. Heritage, eds. *Talk at work: interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press: 359-417.
- Heritage, John, & Tanya Stivers (1999) 'Online Commentary in Acute Medical Visits: A Method of Shaping Patient Expectations', *Social Science and Medicine* 49 (11): 1501-17.
- 土方透 (2005) 「リスク社会における医療——社会学から見た医療リスク (特集 1 医療と安全)」『安全医学』2 (1), 24-31.
- 保健・医療社会学研究会編 (1988) 『保健・医療社会学の潮流』垣内出版.
- 細田満和子 (2002) 「医療者と家族との出会い——医療社会学の立場から」『ネオネイタルケア』15 (9), 780-783.
- 井部俊子, 開原成允, 京極高宣, 前沢成次編 (2009) 『在宅医療辞典』中央法規.
- 井口高志 (2007a) 「第3章介護者家族会におけるくつながり」浮ヶ谷幸代・井口高志編『病いとくつながり』の場の民族誌, 明石書店, 99-126.
- 井口高志 (2007b) 『認知症家族介護を生きる—新しい認知症ケア時代の臨床社会学』, 東信堂.
- Illich, Ivan (1976) *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, (=金子嗣郎訳 (1979) 『脱病院化社会——医療の限界』晶文社).
- 今田拓, 千野直一編 (1989) 『リハビリテーション医療社会学: ソーシャルワークとそのシステム』医歯薬出版.
- 伊藤幸子 (2009) 「訪問介護におけるリスクマネジメントに関する研究—訪問介護に対するリスクマネジメントに関する調査から」, 研究紀要16, 1-10.
- Jones, Charlotte M. (2001) *Missing assessments: lay and professional orientations in medical interviews*. *Text* 21 (1/2): 113-150.
- 榎田美雄 (2004) 「エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話—患者の同意の共同的達成—」, 『保健医療社会学論集』14 (2), 35-44.
- 榎田美雄 (2010) 「周辺への／周辺からの社会学—社会学の新しい基盤としての市民教育ニーズと専門職教育ニーズ—」『社会学評論』61 (3) 235-256.
- 榎田美雄・岡田光弘・五十嵐素子・宮崎彩子・出口寛文・真鍋陸太郎・藤崎和彦・北村隆憲・高山智子・太田能・玉置俊晃・阿部智恵子・島田昭仁・小泉秀樹 (2008) 「高等教育改革の相互行為分析: ビデオ・エスノグラフィー研究の狙いと工学部都市工学演習の実際」『大学教育研究ジャーナル』5, 93-104.  
(<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/kasida/ronbun/ronbun.html>) (閲覧日2011.

1.30) にて入手可)

- 樫田美雄 (2010)「第8章 施設で暮らす」串田秀也・好井裕明編『エスノメソドロロジーを学ぶ人のために』世界思想社, 154~170.
- 河上燐子 (2004)「或る失語症者における言葉と身体的所作—メルロー＝ポンティの言語論と身体論を手がかりとして」,『東京大学大学院教育学研究科紀要』43, 255~264.
- 川上道子 (2007)「介護職と医療行為に関する研究 (I): 訪問介護員の調査から見えてくるもの」『中国学園紀要』6, 7~16.
- 小島操子・川越博美編 (2000)『老人看護・在宅看護』中山書店.
- 黒田浩一郎編 (2001)『医療社会学のフロンティア—現代医療と社会—』世界思想社.
- 前田泰樹・水川喜文・岡田光弘編 (2007)『エスノメソドロロジー—人びとの実践から学ぶ』, 新曜社.
- 丸山優 (2005)「高齢者デイケアにおけるリスクマネジメントの視点の検討」,『埼玉県立大学紀要』7, 27~33.
- Maynard, Douglas W., 2003, *BAD MEWS, GOOD NEWS*, The University of Chicago, (=2004樫田美雄, 岡田光弘訳,『医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか』, 勁草書房).
- McElroy, Ann; Townsend, Patricia K. (1985) *MEDICAL ANTHROPOLOGY IN COLOGICAL PERSPECTIVE, SECOND EDITION*, Westview Press (=杉田聡, 近藤正英, 春日常訳. (1995)『医療人類学: 世界の健康問題を解き明かす』大修館書店).
- 三田寺裕治 (2005)「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント: 介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討」『淑徳短期大学研究紀要』44, 85~100.
- 都直人 (1995)「今日の在宅医療 アメリカの在宅医療運営システム (一般)」『Medical Pharmacy』29巻3号, 86~90.
- 宮崎和加子編著 (2002)『在宅ケアにおけるリスクマネジメントマニュアル』日本看護協会出版会.
- 村中知恵 (1996)「在宅医療 ソーシャルワーカーの立場から 「自宅で療養する」ことを求めて」『Biomedical Perspectives』5巻1号, 95~99.
- 大山直美・鈴木みずえ・山田紀代美 (2001)「家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析」『老年看護学』6巻1号, 58~66.
- 長尾真里 (2009)「現代医療と「家族」の役割——終末期における「在宅医療」

- を中心として」『慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要』(68), 75-93.
- 中川輝彦・黒田浩一郎編(2010)『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房.
- 新村拓(2001)『在宅死の時代:近代日本のターミナルケア』法政大学出版局.
- 西阪仰(1997)「第1章 語る身体・見る身体」『語る身体・見る身体』ハーベスト社, 3-29.
- 西阪仰(2008)『分散する身体—エスノメソドロジ的相互行為分析の展開』勁草書房.
- 新田國夫編(2007)『家で死ぬための医療とケア:在宅看取り学の実践』医歯薬出版.
- 新田雅子(2002)「在宅医療における患者・家族・開業医の相互関係分析——医療の日常化と自己組織性の視点から」『保健医療社会学論集』13(1), 12-22.
- 野村拓, 藤崎和彦(1997)『わかりやすい医療社会学』看護の科学社.
- 岡田光弘(2005)「医学教育のための応用エスノメソドロジー」,『研究応用社会学研究』47, 113-127.
- 岡田光弘(2008)「ビデオ・エスノグラフィー—医学教育の中の身体と視線—」,『応用社会学研究』50, 155-164 (<http://www.rikkyo.ac.jp/shakai/memorys.html> (閲覧日2011.1.30)にて入手可).
- 岡田光弘, 樫田美雄, 平英美(2009)「第3節 会話分析から見た医療コミュニケーション」,『医療コミュニケーション—実証研究への多面的アプローチ』篠原出版新社, 83-100.
- 岡本里香・西田厚子・玉水里美(2008)「地域看護論演習におけるロールプレイの評価—家庭訪問場面の会話分析から」,『人間看護学研究』6, 103-108.
- 大野道邦・油井清光・竹中克久編(2005)『身体の社会学:フロンティアと応用』世界思想社.
- 大島伸一(2008)「高齢者の在宅医療と医療連携」『Medical Science Digest』34巻6号 Page266-268.
- 大谷實(1980)『医療行為と法』弘文堂.
- 大和田潔(2006)「在宅医療の体験例と現状 医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) と医療生活計画 (medical life planner: MLP) を切り口に」『難病と在宅ケア』12巻9号, 7-11.
- 小澤勲(2003)『痴呆を生きるということ』, 岩波書店.
- 小澤勲(2005)『認知症とは何か』, 岩波書店.
- 齋藤静(2009)「認知症高齢者の社会的役割と適応に関する研究」,『現代社会文化研究』44, 19-35.



- 坂上正道・佐藤智編（1996）『在宅ケアとリビング・ウィル』日本評論社。
- 佐々木正人（1994）『アフォーダンス—新しい認知の理論』岩波書店。
- 佐藤純一・黒田浩一郎編（1998）『医療神話の社会学』世界思想社。
- 佐藤智（1983）『在宅老人に学ぶ：新しい医療の姿を求めて』ミネルヴァ書房。
- 佐藤智編（1994）『在宅ケアを考える：在宅ケアの真髄を求めて』日本評論社。
- Scambler, Graham (1987) *Sociological theory and medical sociology.*, Tavistock Publications.
- Silverman, David (1987) *Communication and Medical Practice*, SAGE publications.
- 島田智織・小松美穂子・服部満生子（2006）「病院組織におけるコーディネーションの実際：指示出し・指示受けの会話分析から」、『茨城県立医療大学紀要』11, 1～11.
- 進藤雄三・黒田浩一郎編（1999）『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社。
- 進藤雄三（2002）「医療社会学からみた人間と家族（特集21世紀の社会と家族の文化パート3 家族の変化と人間）」『家族社会学研究』13（2），31-39.
- 進藤雄三（2006）『近代性論再考：パーソンズ理論の射程』世界思想社。
- 進藤雄三（2006）「第1章 医療化のポリティクス」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社，29～46.
- 副田義也（2008）『福祉社会学宣言』岩波書店。
- 園田恭一編集責任（1992）『社会学と医療』弘文堂。
- Suchman, Lucy A., *PLANS AND SITUATED ACTIONS*, Cambridge University Press  
（＝佐伯胖・上野水樹・水川善文・鈴木栄幸訳（1999）『プランと状況的行為—人間—機械コミュニケーションの可能性』，産業図書。
- 高田利廣（2002）「介護職員，看護助手等医業無資格者の医療行為」『Medical Digest』51巻2号 Page65-68.
- 高山啓子（1995）「C.Heath とその共同研究者の研究」、『現代社会理論研究』5，108～110.
- 高山啓子（2002）「医療相互行為へのエスノメソドロジック的アプローチ：医師—患者関係の非対称性をめぐって」、『川村学園女子大学紀要』13（2），53～66.
- 瀧野揚三（2006）「学校危機への対応：予防と介入」、『教育心理学年報』45，162～175.
- 高城和義（2002）『パーソンズ：医療社会学の構想』岩波書店。
- 田中妙子（1998）「会話における〈先取り〉について」、『早稲田大学日本語研究教育センター紀要』10，17～40.
- 田城孝雄編著，坪井栄孝監修（2001）『在宅医療ハンドブック：入院医療から在宅

- 医療へ』中外医学社.
- 田中恒男（1968）『医療社会学』学文社.
- 手島陸久編集代表，退院計画研究会編（1997）『退院計画：病院と地域を結ぶ新しいシステム 第2版』中央法規出版.
- Todd&Fisher（1993）*THE SOCIAL ORGANIZATION OF Doctor-Patient Communication*, ABLEX.
- 東京大学医学部保健社会学教室編（1992）『保健・医療・看護調査ハンドブック』東京大学出版会.
- 津田司編（1995）『在宅医療 Q&A』医薬ジャーナル社.
- 植木清直編著（1998）『在宅医療のマネジメントと実践ノウハウ』日本医学中央会.
- 薄井明（2007）「「隣接ケア」再考」,『北海道医療大学看護福祉学部紀要』14, 75～82.
- 梅本仁美（2008）「高齢者のコミュニケーションに関する一考察」,『大阪大学言語文化学』17, 197～212.
- 山崎敬一・西阪仰編（1997）『語る身体・見る身体』ハーベスト社.
- 山崎敬一編（2004）『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣.
- 詫間晋平・大久保貞義編著（1968）『単調労働と医療社会学』帝国地方行政学会.
- 在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク編著（1997）『在宅医療実践マニュアル 21st century：地域ケアをめざす仲間たちへ』医歯薬出版.
- Zola, Irving Kenneth 1978 “*Healthism and Disabling Medicalization*,” I. Illich, et al., *Disabling Professions*, Boston: Marion Boyers. (=尾崎浩訳（1984）「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』新評論).

## 資 料——トランスクリプト

【祖母と父（祖母の息子）が注射器の中身が白湯（さゆ）かミルトン（消毒薬）かをめぐって話し合う場面 午前8：00ごろ】

- 01 父 いけるんか。ちゃんと。
- 02 祖母 いける。あ。ちゃんと入れてあるわ。パパが。注射が白湯だろな？  
（（注射器
- 03 を見ながら）消毒ではないだろな？
- 04 父 ちゃんと（見とけよ。）
- 05 祖母 え？（（Aの寝室からキッチンへと引き返す））
- 06 父 いけるんか。消毒ではないんか。

- 07 祖母 ない。ほなけど、一応（0.5）抜く？気持ち悪いけん、[自分が入れてないけん。  
08 父 [何を。水入れるん。  
09 祖母 水入れる、白湯入れるん。  
10 父 ほな、ほら：、ほんなん人のなんか信用したらあかん。  
11 祖母 <信用したらあかんな。  
12 父 ほらずっと、洗ろうたらええんで。洗わな。  
13 祖母 うん。白湯入れて、なんか気持ち悪いわ。  
14 父 ほら、おとうはんのことやけん [ほんなもん。  
15 祖母 [うん。（わかつとん）でないか。わしがしとった  
16 んじゃわ。っていうやろ。  
17 父 いや、ほら、逆もあるわだ。  
18 祖母 うん。  
19 父 なんでも逆になるわ。  
20 祖母 <まあ、なんだったらミルトンだったら匂うけどな。  
21 父 ほな匂てみ。  
22 祖母 ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。（0.5）白湯じゃ。  
23 （（注射器を高く持ちあげて、注射器を見る））  
24 父 うん。  
25

【トランスクリプト記号一覧】

- ？ 語尾の音が上がっていることを示す  
： 直前の音が延ばされていることを示す  
< 急いで発話が始まっている状態を示す  
[ 参加者の発話の重なりが始まる箇所を示す  
下線 比較的大きな音、または強調されている部分を示す  
( ) 何か言葉が話されているが、はっきりと聞き取れないことを示す  
(数字) 数字の秒数だけ沈黙があることを示す  
(( )) そのつど必要な注記であることを示す

謝 辞

最後に、今回の調査のとりまとめ過程において、当該事例のビデオセッションに参加し様々な観点からご助言くださった、信州大学医学部保健学科井

口高志氏と京都大学大学院文学研究科行動文化学専攻木下衆氏に感謝します。また本調査は泊まり込みで行われましたが、この負担感のある調査にここにことご協力下さった A 様ご家族の皆様方、および被調査者の A さんに厚く御礼を申し上げます。まことにありがとうございました。

# 医療化する家庭・家庭化する医療—在宅医療のビデオ・エスノグラフィー— (補遺)

齋藤雅彦<sup>i</sup>

樫田美雄<sup>ii</sup>

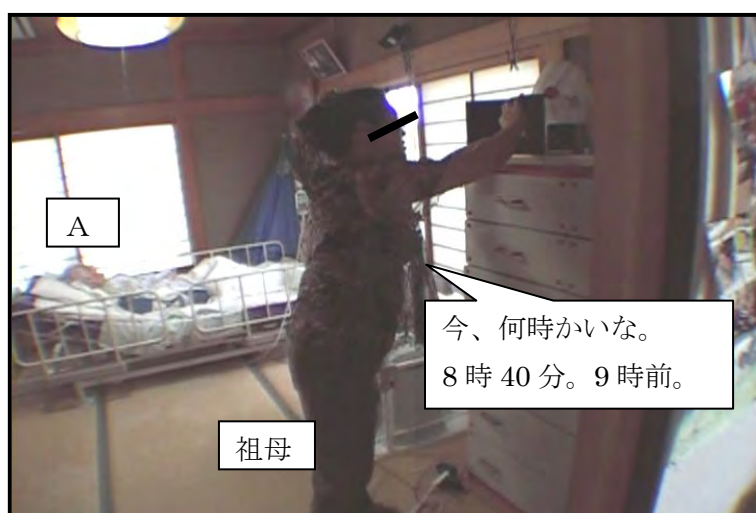
写真編（web掲載の写真が不鮮明なため、写真のみ再掲する）



3:00	仰臥位	ヘルパー
6:00	右側	NS・ヘルパー
9:00	左側	ヘルパー
11:30	仰臥位	NS・ヘルパー
13:00	左側	NS・ヘルパー (昼番)
15:00	右側	ヘルパー
17:00	仰臥位	NS・ヘルパー
20:00	右側	ヘルパー
23:00	左側	NS・ヘルパー

【写真1：病院内の体位変換表】（O病院、2009年12月30日）

※担当、業務内容、業務実施時間がシステムとして組まれている。



【写真2 vol.18. 03:05. 在宅の場合。2009年6月25日】

体位変換を行った際に記録を付けている祖母

壊れた時計に記録をつけることで複数人の在宅医療者がいる環境の中、独力かつ目視で医療に当たることができる



【写真3 vol19. 00:40。胃瘻栄養カテーテルの2本連結】  
チューブを2本つないでいるA宅  
栄養剤は画面左上にあり、長くするためにチューブをつなぎ合わせている



【写真3 vol12. 03:25「転体」という用語に対応する作業】  
Aの体位は左側臥位であり、ここからおむつ交換を経て、  
右側臥位へと「転体」する





【写真4 vol12. 11:10】

「転体」を行う祖父と祖母 1  
まずは座布団を体の下に敷く



【写真5 vol12. 11:27】

「転体」を行う祖父と祖母 2  
次に座布団を重ねて体の下に敷く



【写真6 vol12. 12:00】

「転体」を行う祖父と祖母 3

「転体」作業の開始から作業完遂まで、 所要時間は約1分



【写真7 vol17. 00:07】

祖母が注射器の中身を確認しながら、Aの部屋に入るシーン





【写真8 vol17. 00:13】

祖母が父のいるキッチンにまで戻るシーン



【写真9 vol17. 00:28】

祖母と父が話をしているシーン



【写真10 vol17 00:44】

祖母が注射器の中身を白湯に入れ替えた際のシーン

- 
- i 徳島大学総合科学部人間社会学科地域システムコース、[masa\\_masa2007@yahoo.co.jp](mailto:masa_masa2007@yahoo.co.jp)
  - ii 徳島大学ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部、[kashida@ias.tokushima-u.ac.jp](mailto:kashida@ias.tokushima-u.ac.jp)